

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE 250

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

TRAN-VAN-NU

Né le 24 Mai 1903 à Chaudoc (Cochinchine)

Contribution à l'Etude
de la Tuberculose rénale
sans cystite

Président : M. le *Professeur* LEGUEU

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr^t)

1928

320

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

TRAN-VAN-NU

Né le 24 Mai 1903 à Chaudoc (Cochinchine)

Contribution à l'Etude
de la Tuberculose rénale
sans cystite

Président : M. le *Professeur* LEGUEU

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr^t)

—
1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maunice VILLARET
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LEGNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	{ CARNOT
	{ BEZANCON
	{ ACHARD
	{ VIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ DELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBEDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
Professeur sans chaire	BRANCA



Agrégés en exercice

3131

ALAJORANINE Neurologie et psychiatrie
ABRAMI..... Pathologie médicale.
AUBERTIN..... Pathologie médicale.
BASSET..... Pathologie chirurgicale
BAUDOIN..... Pathologie médicale.
BINET..... Physiologie.
BLANCHETIÈRE ... Chimie biologique.
BRUCCO..... Pathologie chirurgicale
BRULÉ..... Pathologie médicale.
CADENAT..... Pathologie chirurgicale
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHIRAY..... Pathologie médicale.
CLERC..... Pathologie médicale.
DEBRÉ..... Hygiène.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT... Pathologie médicale.
DUVOIR..... Médecine légale.
ÉCALLE..... Obstétrique.
FIESSINGER.. Pathologie médicale.
GARNIER..... Pathologie expériment.
GATELIER... Pathologie chirurgicale
HARVIER... Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL..... Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.
LABBÉ (H.).... Chimie biologique.
LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie
LEROUX..... Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL... Obstétrique.
LIHERMITTE ... Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU Pathologie chirurgicale
METZGER..... Obstétrique.
MONDOR..... Pathol. chirurgicale
MOURE Pathol. chirurgicale.
MULON Histologie
PHILIBERT... Bactériologie
RICIET Fils... Physiologie
SÉZARY..... Dermatologie et syphi-
 lographie.
VAL LERY-RADOT
 (Pasteur)... Pathologie médicale
VAUDESCAL... Obstétrique.
VELTER..... Ophthalmologie.
VERNE..... Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET..... Pharmacologie.
GOUGEROT .. Pathologie médicale.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
LEQUEUX..... Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
RETTERER... Histologie.
TANON*. Pathologie médicale.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE..... Clinique chirurgicale
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LE LORIER.... clinique obstétricale.
LEREBOULET.. Cliniq. méd. infantile.

MM.

LÉRI..... Clinique médicale.
GOUJEROT... Clinique médicale.
MOCQUOT... clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ... Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de ma grande affec-
tion et de ma vive reconnaissance*

A MA SOEUR, A MES FRÈRES

A MES PARENTS

Affection et dévouement.

À MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUËU

PROFESSEUR DE CLINIQUE UROLOGIQUE A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur de
présider ce modeste travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUME

CHEF DE CLINIQUE UROLOGIQUE DE L'HOPITAL NECKER

A MONSIEUR A. BILLOD

PROFESSEUR DU LYCÉE DE MONTPELIER

Gratitude et dévouement.

A MES MAITRES

DES FACULTÉS DE MONTPELLIER ET DE PARIS

AVANT-PROPOS

Nous désirons, nous conformant en cela aux usages reçus et parce que c'est pour nous un devoir agréable à remplir, assurer ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous pendant notre vie d'étudiant de notre bien sincère reconnaissance.

MM. les Docteurs RIMEAUD, professeur de clinique propédeutique, DUCAMP, professeur de clinique médicale, ESTOR, professeur de clinique chirurgicale, MASSABUAU, professeur de clinique chirurgicale infantile et DESMONTS, chef de travaux pratique de la médecine opératoire, de la Faculté de Montpellier, nous accueillirent jeune étudiant avec une bienveillance qui ne s'est pas démentie pendant le cours de nos études, nous les en remercions beaucoup.

Nos premiers pas en Urologie furent guidés par le clair et brillant enseignement de M. le Docteur JEAN BRAT, professeur de clinique d'Urologie de la Faculté de Montpellier. Il nous donna le goût de l'urologie : qu'il soit assuré de notre très vive gratitude.

Nous adressons nos très vifs remerciements à M. le Docteur VERLIAC, chef du laboratoire de l'Hôpital Necker qui nous a si aimablement accueilli.

M. le Docteur GAUME, chef de clinique urologique de l'Hôpital Necker voulut bien s'intéresser à notre thèse. Les malades dont nous relatons les observations ont été vus et examinés par lui. Ses conseils nous furent très précieux et nous lui adressons avec nos vifs remerciements, l'expression de notre vive reconnaissance.

Que notre président de thèse, M. le Professeur LEGUEU, par ses magistrales leçons cliniques nous donnant davantage le goût des sciences urologiques, veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait.

INTRODUCTION

La connaissance des lésions rénales provoquées par le bacille de Koch, n'est pas de date récente, puisque dès 1840, RAYER, dans son traité des maladies des reins rapporte une observation de MORGAGNI qui ne laisse aucun doute à ce sujet. Néanmoins sans vouloir faire ici l'histoire de cette affection, nous croyons utile de signaler qu'elle n'est devenue classique qu'après les publications de Lancereaux en 1883 et de Guyon en 1885.

Grâce à l'étude anatomo-pathologique des diverses formes que produit la tuberculose sur les éléments rénaux, grâce aux perfectionnements apportés aux méthodes d'investigation clinique et nous signalerons particulièrement la pyéloscopie, le cadre des manifestations rénales vraiment dus au bacille de Koch s'est considérablement élargi.

A côté de la tuberculose rénale classique avec son tableau symptomatique d'hématurie, de pyurie, de douleur, de tumeur rénale, de signes vesicaux, d'altération de l'état général, sont venues peu à peu se ranger des formes frustes, jusqu'alors méconnues et caractérisées

par l'atténuation ou même par la suppression totale d'un ou de plusieurs de ses signes.

Nous savons maintenant nous défier, quand nous rencontrons chez certains malades des symptômes isolés, tels les hématuries, les pyuries, les douleurs, et nous pensons aussitôt à la forme clinique correspondante de la tuberculose rénale.

Toutes ces formes sont peu à peu, entrées dans le domaine clinique, elles sont sinon connues, du moins bien connues ; mais il en est encore d'autres qui, si elles ne sont point rigoureusement une nouveauté, n'ont pas été souvent signalées. Puisque si l'on consulte les documents relatifs à la tuberculose rénale, on est frappé du grand nombre de travaux qu'elle a provoqués, ainsi que des discussions vives, parfois passionnées qu'elle a suscitées dans les sociétés savantes, et si nous osons dire qu'on n'a pas assez insisté sur des formes cliniques à un seul symptôme, soit hématurie, soit pyurie, soit douleur et sans cystite. Nous entendons par tuberculose rénale sans cystite, des cas où par examen cystoscopique, nous n'avons trouvé aucune lésion vésicale.

Ainsi ici dans notre modeste travail, nous relevons quelques cas d'observation de tuberculose rénale ayant un symptôme dominant, seul symptôme comme hématurie, pyurie, douleur et sans cystite.

Nous décrirons ces trois formes hématurique, douloureuse, pyurique et leur diagnostic positif et différentiel, et nous ferons remarquer que les phénomènes de cystite c'est-à-dire, pollakiurie, douleur à la miction et de même les lésions vésicales sont absents.

CHAPITRE PREMIER

Tuberculose rénale sans cystite à forme douloureuse

1. *La douleur.* — Le seul élément symptomatique est, sans conteste, la douleur.

Dans le tableau clinique de la tuberculose rénale, la douleur n'apparaît que comme un phénomène essentiellement variable, tantôt précoce, tantôt tardif, tantôt même inexistant au point que certains auteurs ont pu énoncer ce paradoxe que « l'absence de douleur spontanée est un signe de probabilité de tuberculose rénale ». Il en va tout autrement de la forme clinique qui fait l'objet de nos observations.

Ici la douleur est constante et elle revêt des caractères bien particuliers. Ce qui nous frappe d'abord, c'est son apparition sous forme de crises paroxystiques.

Les crises douloureuses présentées par les malades firent chaque fois porter le diagnostic de coliques néphrétiques.

C'est assez dire le caractère brusque et paroxystique des douleurs observées.

Ces crises apparaissent spontanément, sans qu'il soit possible de constater une influence de la position verticale ou de décubitus du repos ou du mouvement. Pas de prodromes nets et constants, mais la douleur tantôt faible au début et croissant rapidement en intensité, tantôt atteignant d'emblée son maximum, se présente toujours avec une acuité très remarquable. Elle peut même résister à la morphine et aux calmants ordinaires, et elle est parfois si intense qu'elle s'accompagne de phénomènes réflexes pouvant aller jusqu'au vomissement ou à la syncope.

Cette acuité est nettement influencée par la période cataméniale qui, au lieu de produire sur elle l'effet d'une saignée salutaire, y apporte, au contraire, comme par une véritable congestion sur ajoutée, une aggravation notable.

L'apparition des crises ne présente pas de périodicité nette. Leur fréquence est variable et semble s'accroître vers la fin de la maladie.

Leur durée peut aller de une à plusieurs heures exceptionnellement davantage. (Dans notre observation personnelle, elle dure de deux à trois heures).

D'abord localisée à la région lombaire ou au flanc du côté malade, la douleur présente rapidement des irradiations de deux sortes ; les unes descendants vers l'hypogastre, la vulve, ou le testicule (qui se rétracte vers l'anneau inguinal) la fesse, la cuisse, les autres ascendantes, vers le dos, l'épigastre, le cœur, qu'agitent des palpitations très vives,

La fin de la crise, annoncée dans quelques cas par une recrudescence de l'irradiation fémorale, n'est jamais accompagnée d'une abondante miction d'urine claire, comme cela a lieu dans la colique néphrétique.

Les crises sont séparées par des périodes d'euphonic complète, de véritable guérison apparente, pendant lesquelles le malade n'éprouve aucun symptôme douloureux, sauf parfois, un léger endolorissement du côté atteint.

3. *Les signes urinaires.* — Alors que dans le tableau clinique de la tuberculose rénale, les signes urinaires occupent une place prépondérante, ils sont ici, dans la forme clinique qui nous occupe, réduits au minimum pour ne pas dire inexistants. La pollakiurie et la polyurie notamment font totalement défaut dans les observations que nous avons pu relever, même l'hématurie. Tandis que la pyurie existe en période intermittente au cours de la maladie.

Quant à la bacilliurie, signe pathognomonique de la tuberculose rénale, nous ne la trouvons que dans deux de nos observations et elle se réduit à la constatation de quelques rares bacilles seulement.

3. *Les signes vésicaux.* — Ici nous tenons particulièrement à signaler que nous n'avons trouvé, par examen cystoscopique, aucune lésion vésicale. Même aucun phénomène réflexe vésical, à proprement parler, nulle douleur à la miction, ni pollakiurie nocturne et diurne, ni polyurie même au plus fort des crises douloureuses.

4. *Tumeur rénale.* — Nous ne mentionnons ce symptôme que pour signaler son absence complète dans cette forme clinique et dans nos observations.

5. *Signes généraux.* — De moindre valeur que les précédents dans les formes classiques, ici ils font complètement défaut.

En résumé, douleurs spontanées paroxystiques d'une intensité remarquable s'accompagnant d'irradiations multiples d'une part, signes urinaires absents, signes vésicaux inexistants, signes généraux nuls d'autre part, voilà comment nous apparaît le tableau symptomatique de la tuberculose rénale sans cystite à forme douloureuse.

Tuberculose rénale sans cystite à forme hématurique

On dit qu'il existe de l'hématurie quand on peut constater la présence du sang en nature dans l'urine.

L'hématurie est un symptôme fréquent de la tuberculose rénale et peut, comme l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire devancer tous les autres symptômes parfois de plusieurs mois et même de plusieurs années.

Ce sont les « hémoptysies de défense » de Dieulafoy, suivant la quantité du sang éliminé, l'urine est plus ou moins foncée. La coloration en est toujours uniforme et c'est précisément un des caractères principaux de l'hématurie rénale que la miction parfaite du sang avec l'urine.

L'examen des urines hématuriques rénales décèle souvent la présence soit de petits caillots arrondis fibrineux, provenant des bassinets, soit de caillots cylindriques provenant des tubuli, mais l'expulsion de ces caillots se rencontre le plus souvent dans l'hématurie cancéreuse.

A côté des cas classiques et assez nombreux où l'hématurie de la tuberculose rénale est une hématurie lé-

gère, transitoire, indolore, peu importante, il existe d'autres cas avec nombreux intermédiaires où l'hématurie est le *symptôme unique*, prépondérant, intense, abondant, douloureux avec caillots de l'uretère simulant la colique néphrétique calculeuse, avec caillots de l'uretère déterminant la rétention d'urine, avec pâleur, anémie du sujet, amaigrissement, affaiblissement, cachexie : symptômes qui rappellent les hématuries cancéreuse du rein.

C'est la *forme hématurique* de la tuberculose rénale.

Tantôt le rein saigne d'une façon continue et le malade pisser du sang, sans interruption, pendant un mois et demi dans l'observation de Routier, pendant trois mois dans une observation de CZERNY, sept mois et demi dans deux observations de TUFFIER.

Tantôt le rein saigne d'une façon intermittente et le malade pisser du sang par périodes trois, quatre, six, huit, quinze jours pendant des années d'après Tuffier.

Et comme ces hématuries à grands pissemments de sang d'après Dieulafoy sont presque toujours des hématuries associées à la tuberculose rénale primitive corticale d'origine sanguine, à celle qui peut rester localisée, au moins pendant quelque temps, à la substance corticale du rein sans envahir les calices et le bassinet, il s'ensuit que cette forme de tuberculose rénale peut n'engendrer qu'un seul symptôme : l'hématurie ; les autres symptômes pyurie, pyelonéphrite, fièvre faisant complètement défaut, tandis que ces derniers symptômes manquent rarement dans les pyelo-néphrite tuberculeuse à forme ascendante.

Tuberculose rénale sans cystite à forme pyurique

La pyurie est constituée par l'émission d'urines franchement purulentes.

M. le professeur GUYON dénomme à juste titre les tuberculeux des « pisseurs de pus », car la pyurie sans compter comme le symptôme le plus précoce est cependant le symptôme le plus constant se rencontrant dans tous les cas de pyelo-néphrite tuberculeuse. Ici nous parlerons d'une *forme de début* de la tuberculose rénale caractérisée par un seul symptôme : la pyurie.

La pyurie existe dans la tuberculose rénale corticale, lorsque des cavernes ou des abcès corticaux sont ouverts dans le bassinet (vomique rénale) ou lorsque les calices et le bassinet prennent part au processus tuberculeux (infection descendante).

La présence du pus dans les urines concerne, en outre surtout la tuberculose rénale secondaire, alors que la lésion prend volontiers l'aspect d'une pyelo-néphrite tuberculeuse suppurée.

Il y a une espèce de gradation dans l'élimination de pus par les urines et il peut exister diverses formes en-

tre la pyurie brusque abondante par « vomique rénale » de Tuffier et la pyurie insidieuse.

Dans les cas les plus courants, les urines deviennent progressivement louches et le malade ne s'aperçoit qu'il « pisse du pus » que longtemps après le début de son affection surtout si le taux des urines dépasse la quantité normale (polyurie). C'est alors que l'examen microscopique rend de réels services en permettant de déceler une quantité assez considérable de leucocytes.

L'analyse des urines dénote, en outre de l'acidité franche, une densité aux environs de 1000 au lieu de 1020, une diminution proportionnelle des éléments constituant la présence d'éléments anormaux : albumine. Au lit du malade l'examen macroscopique suffit souvent à caractériser les « urines rénales » de Guyon.

Ces urines laissent tomber au fond du bocal un dépôt d'abondance variable, mais allant en augmentant de jour en jour.

Ce dépôt à couche supérieure horizontale est blanchâtre, crayeux, à reflet verdâtre et apparaissant vu de près, comme formé de couches stratifiées.

Pousson dit « qu'il est composé de grumeaux pulvérulents, ou adhérents aux parois du vase et facilement miscible par simple agitation du liquide sous jacent ».

L'urine remplissant le bocal n'est jamais limpide : elle demeure toujours louche, pâle, absinthique, sirop d'orgeat. Cette pâleur de l'urine résulte de la désagrégation et de la dissolution des leucocytes et comme dit BRAUN « la pâleur de l'urine est excellent signe de tuberculose rénale au début ».

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Nous devons noter la pauvreté relative de ces formes cliniques en signes vraiment caractéristiques.

On sait que la cystoscopie apporte un immense secours au diagnostic de la tuberculose rénale par la richesse de ses informations et la précision des lésions qu'elle montre.

Seulement dans l'ensemble de notre travail c'est-à-dire des trois formes cliniques de la tuberculose rénale soit douloureuse, soit hématurique et soit pyurique, elle ne décèle aucune lésion spécifique dûe au bacille de Koch, et la muqueuse vésicale est d'aspect tout à fait normal.

Et ces faits particulièrement nets dans nos observations sont à peine signalés par les auteurs classiques. La plupart des urologues les connaissent cependant et quelques-uns en ont montré l'importance au sein du dernier congrès d'urologie.

Par l'absence de cystite le diagnostic s'impose aussi bien par la constatation dans les urines du bacille de Koch, signe pathognomonique de la tuberculose rénale. Dans d'autres cas, où la recherche du bacille de Koch soit par examen direct, soit par inoculation au cobaye reste négative, on se basera sur l'abaissement du taux de l'urée éliminée au litre, par le rein malade, que nous parlerons plus loin.

Nous parlerons des diagnostics variés ou erronés qui furent portés par les divers médecins appelés à donner leur avis chez des malades dont nous publierons les observations.

1° La douleur

1°. — *La douleur* est un symptôme dominant. on pensera, après avoir rattaché cette douleur au rein, que ce dernier trahit sa lésion dans des cas bien différents :

a) Dans le *cancer* du rein, la douleur peut être parfois assez intense, pour simuler la névralgie lombo-abdominale. Elle peut aussi se manifester sous forme de crises s'irradiant vers le thorax, l'abdomen ou le testicule. On notera qu'elle n'a pas de rapports avec les mouvements et qu'elle survient aussi bien la nuit que le jour.

Ce qui tranchera, en pareil cas, surtout le diagnostic, ce sera, outre l'état général, la présence de la tumeur et l'âge du malade.

b) Quant à la *douleur de la lithiase*, elle présente des caractères tellement voisins de ceux observés chez nos malades que ce diagnostic énoncé a été chez eux constamment porté.

Comme la tuberculose rénale, c'est une douleur brusque, intense, déchirante, unilatérale, suivant le trajet de l'uretère, s'irradiant vers l'urètre, le testicule (qui se rétracte vers l'anneau inguinal) pouvant s'irradier aussi dans les cuisses et la région fessière, mais cette douleur est provoquée ou influencée par les mouvements, n'a pas d'irradiations ascendantes et se termine constamment par une abondante miction d'urine claire dans laquelle il est souvent possible de retrouver le ou les calculs (causes des phénomènes observés). Surtout la radiographie seule peut trancher le diagnostic, en pareil cas.

c) La pyelographie et la pyeloscopie pourront révéler l'existence d'une *hydro-néphrose* inaccessible aux moyens ordinaires d'investigation.

2° L'Hématurie

La valeur de l'hématurie comme symptôme de la tuberculose rénale se conçoit facilement, tandis que la polyurie, la pyurie ne préoccupèrent pas un malade au point d'aller consulter son médecin, les hématuries surtout soudaines et assez copieuses l'effrayeront. Dès le début on pourra donc établir son diagnostic en se basant sur l'interrogatoire du malade sur les caractères de l'hémoptysie rénale qu'il a présentée et surtout les moyens d'observation dont on dispose actuellement pour dépister les lésions congestives des tubercules s'établissant dans la région corticale.

Suivant l'importance des hématuries, on comprend

que le diagnostic doit être précoce car, outre les cas d'hématuries abondantes suivies de mort du malade, l'état général du patient s'aggrave forcément et l'expectative trop prolongée en anémiant le malade, le rend moins apte à supporter avec le plus de chances de succès une opération nécessaire.

Le *diagnostic différentiel* des différentes sortes d'hématuries est rendu facile en suivant le plan du professeur Guyon, qui range les hématuries en trois groupes :

1^{er} mélange complet du sang et de l'urine.

2^o sang survenant après la miction seulement.

3^o grumeaux purulents, striés de sang.

La deuxième de ces formes s'observe dans la tuberculose vésicale.

La première et la troisième sont particulières à la tuberculose rénale.

1. — Les hématuries d'origine vésicale présentent des caillots volumineux. L'urine a d'ailleurs tous les caractères des urines cystiques : claire après repos, puis visqueux présentant du sang sous forme de filaments.

2. — Les hématuries d'origine prostatiques sont surtout des hématuries du début de la miction comme celles de l'urètre postérieur.

3. Les hématuries d'origine parasitaires causées par la présence de parasites (Trematode Billiarzie Amœbié urogénitalis) sont décelées par la recherche des œufs de Bilharzie ou des amibes dans les caillots sanguins de l'urine centrifugée. Présence de la *Filaria Bancrofti* (hema-tochylurie).

4. — Les hématuries lithiasiques peuvent être révélées par les antécédents, l'exacerbation par une marche. La radiographie tranche le diagnostic.

5. — Les hématuries au cours d'une néphrite ou mal de Bright d'après les symptômes même de la maladie, ne présentent pas de difficultés pour le diagnostic.

3° La Pyurie

Les caractères de la pyurie rénale que nous énumérons précédemment le font facilement distinguer de la pyurie cystique.

Le *pus cystique* est toujours en effet en petite quantité, il est visqueux, glaireux, adhérent aux parois du vase.

Les urines surnageantes ammoniacales ne sont jamais troubles qu'à l'émission. Elles se clarifient par le repos et on peut les décanter parfaitement limpides.

Ces simples constatations peuvent rendre assez facile le diagnostic dans le cas de pyurie franche, mais les difficultés d'interprétation existent surtout dans les cas d'élimination de petits foyers miliaires caséux.

La provenance rénale peut alors être établie entre autres moyens par la cystoscopie, le cathétérisme urétéral, l'épreuve des trois verres de Guyon, après lavage de vessie, car le pus en s'accumulant dans le bas fond de la vessie teinte plus franchement le dernier verre.

D'ailleurs, l'indolence à la palpation, à la distension du réservoir vésical, l'absence de lésion de la muqueuse constaté à la cystoscopie font vite écarter un diagnostic éventuel de cystite.

Une fois la provenance rénale bien établie, la difficulté réside dans le diagnostic différentiel entre les différentes affections pouvant donner lieu à cette pyurie.

La pyurie tuberculeuse a comme caractère principal, sa chronicité sans tendance à l'amélioration malgré le repos et les lavages du bassinnet au moyen d'une sonde urétérale

Les examens microscopiques, la découverte du bacille de Koch, les inoculation au cobaye, ajoutés à la chronicité et à l'absence de douleur concomitante finissent toujours par éclairer l'esprit du médecin observant chaque jour consciencieusement son malade.

La pyurie de la pyélo-néphrite simple est à distinguer délicatement avec la pyurie tuberculeuse. La chronicité de la suppuration tuberculeuse et son indolence seront les meilleurs signes du diagnostic.

Les épreuves d'examen fonctionnel, clinique, par cathétérisme urétéral facilitent le diagnostic.

Pour la pyurie de la pyelonéphrite *calculeuse*, on se basera sur l'analyse des urines, les résultats de l'épreuve de la marche, la coexistence de douleurs, et d'hématurie, la présence possible de calculs dans les urines, les antécédents. Enfin la *radiographie* seule tranchera le diagnostic.

Recherche du bacille de Koch

La recherche du bacille de Koch dans l'urine est la première investigation à faire. En général les urines ne contiennent aucun autre microbe, et l'absence de toute forme microbienne susceptible d'expliquer la pyurie a une grande importance au point de vue du diagnostic de la tuberculose.

Infiniment important est la présence du bacille de Koch dans les urines pour affirmer le diagnostic de tuberculose rénale. Aussi depuis déjà longtemps s'est-on attaché à trouver des méthodes permettant de déceler le bacille avec le maximum de fréquence.

Les statistiques sont éminemment variables à se sujet Kuster a trouvé le bacille 17 fois sur 104 cas, Israël 61 fois sur 100 cas, Vivied donne une proportion de 80 p. 100 dans sa thèse sur « de la recherche du bacille de Koch ».

Dans nos observations où il a été recherché, nous l'avons trouvé 2 fois sur 4.

Si nous trouvons des bacilles dans l'urine totale nous attendons le cathétérisme urétéral et nous procédons de la même façon pour le premier centimètre cube d'urine

qui coule de la sonde urétérale. L'on a ainsi un champ excellent d'étude pour déceler l'atteinte du rein malade.

On pourrait aussi s'étonner de voir que dans certains cas où les lésions rénales ont été trouvées énormes : grosse caverne, abcès froid du parenchyme rénal (2 de nos obs), la recherche du bacille de Koch ait été plusieurs fois négative, mais nous rappellerons à ce sujet la très intéressante communication de Chevassu. Cet auteur a, en effet, attiré l'attention sur ce fait en apparence paradoxal, qu'on trouve plus facilement le bacille de Koch dans les formes du début que dans les formes avancées. Au début, une altération, même légère du parenchyme rénal, se transmet le plus souvent à la papille correspondante et les bacilles passent dans l'urine. Au contraire dans certaines formes tardives, la tuberculose rénale ne s'ouvre pas : elle se ferme et s'enkyste ne donnant pas ainsi issue dans le courant urinaire aux bacilles de Koch.

Ceci est évidemment à rapprocher du fait classique et bien connu que les bacilles de Koch sont parfois rares dans le pus des abcès froids les plus authentiques.

Dans certains cas, cependant, malgré les recherches minutieuses, on ne trouve pas de bacilles. Pour essayer de déceler, on peut avoir recours à deux procédés que nous citons en passant : l'inoculation au cobaye et la culture des urines suspectes, sur milieux appropriés.

L'inoculation est meilleure et plus certaine ; seulement elle n'a de valeur que dans les cas positifs. Ces méthodes sont délaissées par la plupart des auteurs.

Les recherches précédemment étudiées ne constituent qu'une présomption du diagnostic qui ne peut être posé avec certitude qu'à l'aide de la séparation des urines rénales. Ce procédé va permettre de résoudre la question qui se pose au clinicien sur l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions.

Le Cathétérisme urétéral

Il est un point bien établi actuellement, c'est que pour la séparation des urines rénales, le cathétérisme urétéral est la méthode de choix.

Il nous donne des renseignements du plus haut intérêt pour la détermination du côté malade soit par la simple analyse histo-bactériologique et chimique des urines, soit quand on adjoint à ce procédé les méthodes particulières des éliminations provoquées:

L'examen histo-bactériologique des urines séparées donne dans la plupart des cas, des renseignements de grande valeur. Il permet d'abord de reconnaître la présence de leucocytes nombreux et plus ou moins déformés qui sont le signe évident de l'inflammation du rein; et la découverte du bacille de Koch dans l'un ou l'autre rein viendra bien montrer la nature spécifique de cette inflammation et asseoir le diagnostic.

Le deuxième avantage capital de cette méthode c'est *l'analyse chimique* des produits éliminés par le rein, et parmi eux surtout l'urée et les chlorures.

L'étude de l'urée urinaire est considérée comme la

plus importante, non en elle-même, mais par son dosage comparé dans les urines des deux reins. Il est évident a priori, et les faits justifient cette hypothèse, que de deux reins, placés devant la même quantité d'urée sanguine à extraire, le plus mauvais sera celui qui en secrétera le moins. La fonction uréique est certes altérée d'une façon générale dans toute les maladies du rein, mais parmi elles, c'est la tuberculose qui paraît apporter dans cette fonction les perturbations les plus précoces et les modifications les plus considérables.

Ce trouble si profond paraît relever à la fois et des lésions de néphrite parenchymateuse qui accompagne à un degré plus ou moins sensible des lésions ulcéro et séeuses ou les granulations, et aussi — d'après certains auteurs — d'un réflexe interne peu connu qui frapperait d'une véritable sidération les éléments nobles cellulaires.

Ce phénomène expliquerait comment deux ou trois simples granulations dans un rein peuvent arriver à troubler son fonctionnement d'une façon intense.

Dans la fonction uréique, deux éléments sont à envisager : le *débit* et la *concentration*.

Le débit est la quantité réelle d'urée éliminée par chaque rein pendant toute la durée de l'examen.

La concentration représente la quantité d'urée éliminée par chaque rein mais rapportée à un litre d'urines.

ALBANAN étudia le débit ; et ses élèves Heitz-Boyer et Moreno introduisirent la notion de *concentration maxima* d'un rein qui, pour chaque rein, indiquait d'une façon

certaine, la qualité réelle de son parenchyme, tandis que la concentration habituelle serait essentiellement contingente.

Dans une leçon de clinique le professeur LEGUEU indique sa valeur ; Cathelin insiste longuement sur les lois de l'urée dans plusieurs séries de travaux annuels de l'hôpital d'urologie ; divers auteurs, au cours de récentes discussions sur l'étude du fonctionnement rénal, paraissent admettre comme acquis qu'une *déficience d'un rein* est une grande présomption en faveur de la tuberculose rénale, même si manquent les signes cliniques.

C'est ainsi que MARION a pu récemment écrire : « Il existe en urologie de véritables formules qui même en l'absence de tout symptôme clinique évident, permettent d'affirmer quand elles sont nettes, des diagnostics de nature d'affection. Par exemple, malgré l'absence de bacille de Koch malgré les inoculations négatives une formule analogue à la suivante : pus et déficience considérable du rein malade comparé au rein sain permet d'affirmer une lésion tuberculeuse du rein, lorsqu'on a éliminé l'hydronéphrose par l'épreuve de la distension rénale, et le calcul par la radiographie ; car jamais une pyelonéphrite simple ne détermine une chute très appréciable des éliminations ».

Des interventions pratiquées, alors que ce seul signe paraissait les justifier en l'absence du bacille de Koch dans les urines, ont toujours amené à l'ablation des reins tuberculeux.

Dans l'observation II, IV la déficience était si marquée que le diagnostic parut évident, même en l'absence de signes cliniques et du bacille de Koch.

Dans l'obs. I, nous avons une déficience presque de moitié pour le rein gauche malade 12, 49 et le rein droit, 22, 78.

Dans l'observation II nous avons 11, 21 pour le rein droit, et 5, 92 pour le rein gauche ; dans l'observation III, l'urée au litre pour le rein droit est de 17, 39, pour le gauche, 2, 14.

Ainsi le diagnostic de tuberculose rénale est posé dans la majorité des cas par la constatation du bacille de Koch dans les urines et surtout par la déficience fonctionnelle du rein malade.

Ici nous n'avons pas voulu entrer dans le problème de l'opérabilité pour nous étendre dans les discussions de la constante d'Ambard.

TRAITEMENT

Sur ce chapitre nous serons bref.

Nous sommes surabondamment fixés sur l'inefficacité absolue de tous les traitements médicaux dirigés contre la tuberculose rénale, quelle que soit sa forme clinique.

Il en va de même ici.

Une fois le diagnostic posé, on s'adresse avec enthousiasme au traitement chirurgical. Nous n'entreprendrons point de décrire et de discuter la valeur des différentes techniques proposées jusqu'à ce jour. Nous pensons que la méthode classique, par voie lombaire répond à tous les desiderata.

Quant aux résultats, ils se sont toujours montrés excellents chez tous nos malades, tant au point de vue de l'évolution de la plaie opératoire qu'au point de vue de la cessation des douleurs, des hématuries et de l'intégrité de la fonction urinaire.

Nous concluons que dans ces formes cliniques de tuberculose rénale, on doit opérer et qu'on est en droit d'attendre de l'opération un résultat parfait.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(inédite, service du Prof. Leguen)

Tuberculose rénale sans cystite révélée par un seul symptôme :

La douleur. Néphrectomie. Guérison

Marguerite H..., 48 ans entre le 13 avril 1928, pour coliques néphrétiques, à l'hôpital Necker.

Antécédents héréditaires et personnels : Pas sûre si père mort de tuberculose. Mère morte cardiaque. Bien portante habituellement. Ne tousse pas. Simple congestion pulmonaire en 1920, restée au lit 25 jours et convalescence longue. Pas antécédents tuberculeux. Règles régulières.

La malade était soignée depuis deux mois pour des so-disant coliques néphrétiques. Ces douleurs sont apparues sous forme de crises parœcystiques qui ont eu lieu la première au mois de mars et la deuxième le 10 avril 1928. Elles apparaissaient spontanément sans qu'il soit possible de constater une influence quelconque. Elles débutaient à la région lombaire, s'irradiaient dans le flanc et dans l'aîne avec vo-

missemments. Ces crises cessaient après deux heures pour la première et trois heures pour la seconde. Pendant les crises la malade a eu des difficultés pour uriner.

La malade ne présente actuellement aucun phénomène de cystite, pas de pollakiurie, ni douleur à la miction. Seulement les urines sont un peu troubles sans avoir un dépôt appréciable au fond du bocal.

Les reins ne sont pas perceptibles, pas douloureux à la pression. Les poumons sont indemnes. L'état général est bon, très bon même.

La Radiographie pratiquée le 13 avril est négative, rien de visible dans la vessie.

Pour la vessie, la capacité est bonne.

L'examen cystoscopique montre une vessie saine déformée, pas de lésions spécifiques ; très légère rougeur diffuse de la région du trigone. Les orifices urétéraux sont dilatés, le droit, un peu plus que le gauche.

Le cathétérisme urétéral et l'examen fonctionnel donnent des résultats suivants :

COTE DROIT

COTE GAUCHE

Sonde n° 12 monte jusqu'en haut

Impossible de monter à plus

Aspect de l'urine: très trouble.

de 4 cm.

Examen histo-bactério: qq. cellules

Sans purulence.

pas pus.

qq. cellules.

pas microbes.

qq. hématies.

L'examen chimique :	nombreux polynucléaires.
Chlorures au litre, 10,5.	qq. colbacilles.
Urée au litre : 22,78.	qq. bacilles de Koch isolés.
	10,9.
	12,49.
	L'urée sanguine : 0,324.
	La constante : 0,122.

Le diagnostic de tuberculose du rein gauche par la constatation du bacille de Koch et la déficience de l'urée est confirmé par l'opération.

Le 4 mai 1928, M. le prof. Legueu pratique la néphrectomie : Rein gauche enlevé de dimensions normales, à uretère un peu gros, dont l'ablation a été sous capsulaire. Au-dessus de la partie moyenne face extérieure et postérieure une grosse masse blanche non saillante répond à une infiltration tuberculeuse massive du rein qui ne s'accompagne que d'une minime ulcération du pyramide et de quelques tubercules pyéliqués ulcérés. Le reste du rein paraît normal.

OBSERVATION II

*Tuberculose rénale gauche révélée par un seul symptôme :
une hématurie incoercible. Néphrectomie. Guérison*

Juliette V..., âgée de 16 ans, entre dans le service de M. le Prof. Legueu pour une hématurie incoercible, le 15 décembre 1927.

La malade raconte qu'elle fut prise le 12 décembre, sans phénomène prémonitoire, d'une hématurie qui s'est

continuée pendant cinq jours sans interruption, avec des redoublements d'intensité. Le repos ou l'exercice n'ont aucune influence sur ces hématuries. La malade n'accuse aucun phénomène douloureux, ni avant ni après le pissement de sang ; de même en dehors des hématuries ses urines sont absolument claires et normales. Elle n'a jamais eu de phénomènes de cystite, pas de pollakiurie, ni de douleur à la miction, nous n'avons trouvé aucun antécédent héréditaire et personnel tuberculeux. Règles régulières ; ne tousse pas.

A son entrée, les urines sont sanguinolentes, noirâtres.

La vessie ne manifeste aucune réaction douloureuse, pas de pollakiurie, pas de douleur à la miction. Les reins sont non perceptibles, non douloureux à la palpation.

Les poumons sont indemnes aux deux sommets.

L'état général est satisfaisant.

La radiographie pratiquée, on n'a pas trouvé de calcul dans le système urinaire.

Le 19 décembre 1927, on pratique la *cystoscopie* qui révèle que la vessie est légèrement congestionnée. Au-dessus et en dehors de l'orifice urétéral gauche on voit une masse noirâtre qui paraît préculée, c'est un caillot ; en dedans une ulcération irrégulière à bord légèrement surélevé. Les orifices urétéraux sont normaux. La capacité de la vessie est bonne.

Pour le cathétérisme urétéral, la sonde n° 12 monte jusqu'en haut des deux côtés sans buter à un obstacle. On recueille les urines qui sont troubles du côté droit et louches du côté gauche. On laisse une sonde à demeure le jeudi 19

décembre et on pratique la deuxième fois le cathétérisme le vendredi. On trouve que les urines ont un aspect clair des deux côtés.

L'examen histobactériologique montre le résultat suivant:

REIN DROIT

Rares cellules.
pas de pus,
pas de microbes,
urates.
Examen chimique :
Urée au litre : 11.21.

● REIN GAUCHE

Quelques cellules.
nombreux polynucléaires,
pas de microbes,
Examen chimique :
Urée au litre : 5,92.
L'urée sanguine : 0,201.
La constante : 0,070.

Le diagnostic de tuberculose rénale est porté du côté gauche dont le rein a une déficience 5,92.

La nephrectomie pratiquée le 16 janvier 1928 confirme le diagnostic :

Gros rein présentait une lobulation foetale très marquée et un petit uretère dur. Une petite cicatrice déprimée en arrière du pôle supérieur.

A la coupe, on trouve la tuberculose ulcéro-casqueuse à la moitié inférieure du rein, le bassinnet paraît normal sauf une ulcération du bord inférieur au niveau du collet.

A la cicatrice supérieure répond une cavité kystique irrégulière à parois lisses sans communication apparente avec les voies excrétrices. L'examen histologique montre le parenchyme rénal sans aucune lésion tuberculeuse. Mais la paroi kystique est constituée par du tissu tuberculeux jeune mélangé de quelques trousseaux fibreux ; un mince pinceau

scléreux s'avance en pointe dans la papille et la sclérose est intense entre cavité et surface du rein.

OBSERVATION III

(inédite, service du Prof. Legueu)

*Tuberculose rénale sans cystite gauche,
caractérisée par un seul symptôme : urines troubles*

Nephrectomie. Guérison

Germaine D..., 36 ans, entre le 25 octobre 1925 à l'hôpital Necker pour urines troubles. Antécédents héréditaires : Parents bien portants. Antécédents personnels : Rougeole à 2 ans. Le malade raconte qu'elle présentait en 1921 pendant 5 jours les phénomènes de cystite c'est-à-dire pollakiurie et douleur à la miction. Pas autre maladie grave. Pas d'antécédents personnels tuberculeux. Ne tousse pas. Règles régulières.

Histoire de la maladie : La malade a remarqué depuis 4 mois qu'elle avait des urines troubles. Et il y a 15 jours, elle a présenté des troubles généraux : fièvre à grande oscillation, céphalée intense, courbature et vomissements. En même temps apparaissait une douleur légère dans la région lombaire gauche. Elle a toujours les urines troubles et n'a pas revu les phénomènes de cystite.

Examen actuel : Les urines sont troubles. Elles laissent tomber au fond du bocal un dépôt abondant. Ce dépôt est blanchâtre, crayeux. L'urine remplissant le bocal n'est ja-

mais limpide : elle demeure toujours louche, pâle. La malade ne présente aucun phénomène de cystite, pas de pollakiurie, ni de miction douloureuse.

Les reins ne sont pas perceptibles à la palpation, néanmoins le gauche est légèrement sensible à la pression. L'utérus est normal. La malade présente un peu de cystocèle. Elle perd un peu d'urine en marchant.

L'examen attentif de ses poumons ne présente rien d'anormal ; d'ailleurs elle n'a jamais rien eu de ce côté. Cœur normal.

L'état général est bon.

L'examen radiologique est négatif, pas de calculs dans l'arbre urinaire.

L'examen cystoscopique montre une vessie saine, sans aucune lésion ni au sommet, ni au trigone. Les orifices urétraux sont normaux.

L'examen histo-bactériologique des urines totales montre : nombreuses cellules, très nombreux polynucléaires, quelques colibacilles, quelques bacilles de Koch isolés.

On pratique le cathétérisme urétéral. Du côté droit, la sonde n° 12 monte jusqu'en haut, tandis que du côté gauche on bute à 4 cm. quelle que soit la sonde employée.

Les urines sont recueillies et examinées :

A DROITE

Urines claires,
qq. cellules,
pas polynucléaires,
pas de colibacilles,
pas de bacille de Koch.

A GAUCHE

Urines troubles,
nombreuses cellules
très nombreux polynucléaires,
qq. colibacilles,
qq. bacilles de Koch.

L'examen chimique pratiqué donne :

A droite : Chlorures au litre 7,9.

Urée au litre 17,39.

A gauche, on emploie une sonde vésicale: 2,14 ; urée au litre :

L'urée du sang : 0.832. La constante : 0,067.

Le diagnostic de lésion bacillaire du rein gauche par la présence du bacille de Koch et de la déficience de l'urée est confirmée par l'opération.

Le 9 novembre 1926, M. le Professeur Legueu pratique la nephrectomie : Le rein enlevé est augmenté de volume, mais non déformée avec peripelite fibro-adipeuse notable et très nombreuses granulations superficielles petites ou groupées.

A la coupe, tuberculose ulcéro-caseuse généralisée des voies excrétrices. Ulcérations pyramidales surtout profondes au pôle supérieur et innombrables granulations criblant le parenchyme.

OBSERVATION IV

(inédite, service du Prof. Legueu)

*Tuberculose rénale sans cystite gauche
révélée par un seul symptôme : urines troubles
Nephrectomie. Guérison*

Marcel V..., 32 ans, entre dans le service du prof. Legueu le 12 avril 1921 pour *urines troubles*.

Dans ses antécédents héréditaires et personnels, on ne révèle rien d'intéressant, surtout du côté bacillaire. Il a toujours eu une santé satisfaisante.

La maladie actuelle a débuté il y a deux mois. Le malade a remarqué que ses urines sont devenues troubles. Il n'a jamais senti la moindre douleur dans la région lombaire, n'a jamais présenté de phénomènes de cystite, pas de pollakiurie, ni douleur à la miction.

A l'examen actuel, nous avons remarqué que les urines sont bien troubles. Elles laissent au fond du bocal un dépôt assez épais, blanchâtre.

Les reins ne sont pas perceptibles et pas douloureux à la palpation. Du côté des testicules et des épидидymes, nous n'avons trouvé aucune lésion suspecte de bacillose. Le toucher rectal montre une prostate normale sans augmentation de volume, et les vésicules séminales sont aussi normales.

De même les poumons sont indemnes. Cœur normal. L'état général est bon.

La radiographie pratiquée n'a révélé aucune ombre dans le système urinaire.

L'examen cystoscopique montre une vessie saine, sans aucune lésion, ni au sommet, ni au trigone. Les orifices urétéraux sont normaux.

On pratique le cathétérisme urétéral pour obtenir les urines séparées qui sont claires du côté droit et troubles du côté gauche. L'examen histo-bactériologique donne les résultats suivants :

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quelques cellules.	Nombreuses cellules.
Pas de pus.	qq. hématies.
Pas microbes,	qq. polynucléaires.

Pas bacille de Koch.	Pas en petite quantité.
L'examen chimique :	Pas colibacille.
Chlorures au litre 12,2.	Pas bacille de Koch.
Urée au litre 21,43.	L'examen chimique :
	Chlorures au litre 3,5.
	Urée au litre : 5,29.
	L'urée sanguine : 0,35.
	La constante : 0,070.

Le diagnostic de tuberculose du rein gauche par la déficience de l'urée éliminé est confirmé par la nephrectomie.

Le rein gauche enlevé se montre déformé par la présence:

1° d'un certain nombre d'incisures horizontales du bord libre se prolongeant plus sur la face antérieure que postérieure du rein.

2° d'une saillie fluctuante à la grosseur d'une noix siégeant sur la face antérieure au milieu de la moitié supérieure du rein.

3° d'une profonde dépression horizontale du milieu de la face postérieure allant du bord postérieur du hile au milieu de la face antérieure, dépression à la partie externe de laquelle le rein a tendance à se fendre et dans laquelle la capsule propre s'enfonce sur une profondeur de près de un centimètre. La coupe du rein montre une tuberculose ulcéro-casqueuse peu profonde au pôle supérieur plus accentuée à la partie moyenne.

Le bassinot a une paroi épaisse et dilatée sur une plaque de leucoplasie. La saillie fluctuante est une lésion cicatri-

cielle kystique à contenu citrin avec une cicatrice blanche, étoilée répondant à l'insertion du calice dont l'extrémité périphérique seule est oblitérée.

Dans la partie antérieure de la zone déprimée qui répond à un foyer de sclérose se trouve un petit kyste vrai.

OBSERVATION V

Tuffier. Archives génér. de médecine, 1892

Tuberculose rénale à un seul symptôme : la douleur.

Nephrectomie et guérison

Il s'agissait d'une malade qui était soignée depuis quelques années pour des soi-disant coliques néphrétiques. Les douleurs débutaient à la région lombaire, s'irradiaient dans le flanc et dans l'aîne avec vomissements répétés, et cessaient après quelques heures. Ces crises revenaient tous les mois, plusieurs fois par mois. A un moment, les urines devinrent purulentes sans gravelle ; puis apparurent quelques légères hématuries. Les douleurs se rapprochant de plus en plus et augmentant d'intensité, la malade réclama l'opération.

La nephrectomie confirma le diagnostic de tuberculose rénale. Le rein était atteint de tuberculose diffuse, dans toute son étendue, avec quelques foyers de ramollissement ; le bassinet était absolument intact ; il s'agissait d'une tuberculose rénale primitive, avec ouverture de foyers caséo-purulents corticaux dans le bassinet,

Depuis cette époque, la malade, complètement guérie de ses douleurs, a repris ses travaux habituels.

OBSERVATION VI

de Cormak, rapportée par Tuffier

Il s'agissait d'une malade chez qui les douleurs de coliques néphrétiques avaient éclaté depuis quatre ans et les douleurs étaient restées le symptôme dominant. Quelques mois avant l'opération on avait constaté les urines purulentes et sanguinolentes sans qu'il eut été possible de découvrir les bacilles. On pensait à un calcul du rein droit.

La malade est opérée et on trouve le rein semé de nombreux tubercules ; une petite caverne existait dans la substance corticale ; le bassin et l'uretère étaient indemnes. Il s'agissait d'une tuberculose primitive du rein. La malade guérit rapidement.

OBSERVATION VII

Routier, Bulletin de la Société de Chirurgie, 1895.

Tuberculose rénale à un seul symptôme : l'hématurie

Nephrectomie. Guérison

Une jeune femme fut prise sans cause, sans douleur, d'une hématurie qui se reproduisait à chaque miction. Les urines étaient très sanguinolentes, noirâtres, la quantité de sang

perdu était considérable ; aussi la malade, après cinq semaines de ces hématuries, était-elle pâle, exangue, exténuée, cachectique et ne pouvait même plus se tenir debout. Plusieurs fois cette femme fut prise de douleurs néphrétiques, suivies, non pas de l'expulsion de calculs, mais de l'expulsion de caillots, cause des douleurs simulant la colique néphrétique. Le rein droit est douloureux et augmenté de volume.

L'examen cystoscopique permet de constater que le sang s'écoule dans la vessie par l'uretère droit. Cette femme étant menacée de mourir d'hématurie, l'opération est pratiquée six semaines après le début des hématuries, et Routier enlève le rein.

Dès l'opération, les hématuries cessent immédiatement, complètement et la malade recouvre la santé.

Le rein examiné par Pilliet ne présentait qu'un foyer tuberculeux, limité à un calice, au niveau de la voûte artérielle du rein, mais ce foyer avait suffi pour provoquer de terribles hématuries qui étaient dues à l'érosion des vaisseaux et à la tension artérielle. Il s'agissait d'une tuberculose rénale primitive, très circonscrite.

Remarque. — A remarquer que, dans cette observation, la malade a eu successivement l'hématurie que nous pourrions dire *symptôme unique*, ce n'est qu'après, surviennent les douleurs pseudo-lithiasique, causées non par l'expulsion des calculs, mais par l'expulsion des caillots. A noter aussi que la malade fut prise sans cause, sans douleur d'une hématurie qui se reproduisait à chaque miction sans aucun phénomène de cystite concomitante. Ici Routier n'a noté seulement que l'examen cystoscopique permet de constater que

le sang s'écoule dans la vessie par l'urètre droit. Il serait probable que Routier aurait signalé les lésions vesicales s'il en existait.

OBSERVATION VIII

Pousson. Gazette hebdomadaire, juin 1895

Tuberculose rénale sans cystite à un seul symptôme :

l'hématurie

Un jeune homme qui fut pris, sans phénomène prémonitoire, d'une hématurie qui s'est continuée pendant sept mois et demi sans interruption, avec des redoublements d'intensité. Pendant ces redoublements, le malade éprouve de grandes hématuries avec urines noirâtres, des coliques néphrétiques provenant de l'expulsion de caillots et rétention d'urines due à l'oblitération du canal de l'urètre par ces caillots. Le repos ou l'exercice, la marche ou la voiture, n'ont aucune influence sur les hématuries. Ces hématuries ne sont pas associées à d'autres symptômes tels que purulence des urines ou augmentation du rein. Dans les urines on constate le bacille de Koch. L'exploration des uretères, de la vessie, des vésicules séminales, de la prostate, etc., est absolument négative.

Il s'agit d'une tuberculose primitive et par conséquent corticale du rein droit, lequel est douloureux pendant les crises hématuriques. Les hématuries finissent par disparaître et font place à la pyurie ; l'infection s'étend sous forme d'infection descendante.

La malade ayant refusé l'opération, la tuberculose se généralise aux vésicules séminales et au col de la vessie.

OBSERVATION IX

Tuffier, Annales des mal. genito-urinaires. Juillet 1893

Tuberculose rénale sans cystite à un seul symptôme :

l'hématurie. Néphrectomie et guérison

Il s'agit d'une femme, qui sans cause appréciable, sans symptôme prémonitoire, sans douleur, fut prise d'une hématurie violente et abondante. Cette hématurie fut très passagère, car dès les mictions suivantes, l'urine avait repris sa coloration normale, mais pendant quatre ans et demi, plusieurs fois par an, ces hématuries se succédèrent, ayant chaque fois une durée de 10, 12 et 14 jours. Dans l'intervalle des périodes hématuriques, les urines sont absolument normales, la malade n'accuse aucun phénomène douloureux, ni avant ni après le pissement du sang. Une dernière hématurie fut tellement abondante, que la malade, prise pendant un voyage, dut s'arrêter quinze jours dans une gare. A la suite de ces pertes de sang, abondantes et prolongées, la malade est pâle, décolorée, cachectique.

L'examen cystoscopique montre que le sang s'écoule dans la vessie par l'urètre gauche (même remarque que l'Obs. VII).

En face d'accidents aussi redoutables, Tuffier se décide à enlever le rein gauche et l'opération est suivie d'un excellent résultat.

Le rein enlevé a des dimensions normales ; sur le bord convexe et aux deux extrémités on trouve des saillies blanchâtres, fluctuantes, abcès tuberculeux dont le liquide inoculé détermine la tuberculose. A la coupe de l'organe on a

constaté trois autres abcès tuberculeux à la jonction des substances corticales et médullaire, sans communication avec le bassin. Le bassin et l'uretère sont absolument sains. Il s'agit d'une tuberculose primitive, corticale, du rein gauche, s'étant révélée pendant quatre ans et demi par des hématuries abondantes, souvent renouvelées et ayant évolué sans autre symptôme, sans douleur, sans pyurie, sans albuminurie, sans fièvre, sans tumeur.

OBSERVATION X

Thèse Lorenzo. Paris, 1902

Tuberculose au début. Nephrectomie précoce

Le nommé C..., 37 ans, entré le 27 juillet 1895, salle Velpeau, service du Prof. Guyon. Père mort poitrinaire, mère morte à la suite de couches ; un frère bien portant ; fièvre typhoïde à 12 ans ; légère blennorrhagie à 20 ans.

Le 6 avril 1895, hématurie survenue sans cause, qui persiste pendant 6 jours. La vessie est saine à l'examen cystoscopique, la prostate, les vésicules seminales, les testicules ne présentent pas trace de lésion tuberculeuse. Les urines sont normales et ne contiennent pas de bacille de Koch.

La néphrectomie est pratiquée le 31 juillet ; les suites opérations furent excellentes.

(Résumé).

CONCLUSIONS

Les conclusions qui paraissent se dégager de l'ensemble de ce travail peuvent se résumer comme il suit :

I. -- Les formes cliniques que nous avons essayé d'individualiser sous la dénomination de tuberculose rénale à forme douloureuse, à forme hématurique, à forme pyurique, ne sont point rigoureusement une nouveauté, mais du moins sont-elles très rares et par la non coexistence des phénomènes de cystite, caractéristiques de la tuberculose rénale en général.

II. Elles ne sont pas à proprement parler, caractérisées uniquement par de la douleur, de l'hématurie, de la pyurie mais chacun de ces éléments symptomatique y revêt une importance absolument prépondérante à côté des autres symptômes ordinaires réduits tout à fait au minimum ou inexistants.

III. — L'observation de ces formes cliniques de la tuberculose rénale sans cystite nous semble digne de susciter dans nos observations des faits semblables qui pourront se produire à l'avenir, un examen anatomopathologique macroscopique et microscopique approfondi des reins extirpés.

IV. — Nous remarquons que, au point de vue anatomopathologique, ce ne sont pas des formes de début de la tuberculose rénale. Mais dans nos cas le rein s'est toujours montré très altéré. Il semble qu'ici la tuberculose qui toucherait le parenchyme rénal en laissant d'abord intactes les voies excrétrices, contrairement à la règle, et ce n'est que tardivement que l'atteinte de celles-ci permet en quelque sorte l'extériorisation de la tuberculose. Les symptômes sont alors assez importants pour attirer immédiatement l'attention et le bacille de Koch est trouvé deux fois sur quatre. Ce qui à première vue semble en contradiction avec l'absence de lésions vésicales.

IV. — Le diagnostic de ces formes est facilité par la constatation du bacille de Koch et par la déficience de l'urée éliminée par le rein malade.

V. — Le traitement exclusivement chirurgical donne d'excellents résultats.

Vu :

Le Président de Thèse,

F. LEGUEU.

Vu

Le Doyen.

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

AGOSTINI. — *Symptomes vésicaux de la tub. rénale*. Th. Bordeaux, 1910.

CAFFORT (E.) — *La Tub. rénale et son diagnostic*. Thèse de Toulouse, 1925.

CHEVASSU. — *La forme pyélo-vésicale de la tuberculose*. (XXIV^e Congrès fr. d'urologie, 1924).

DESNOS. — *Tuberculose rénale latente*. XIV^e Ass. d'Urol. Paris, 1910.

DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie interne*.

GUYON. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*.

JEAMBREAU. — *Tuberculose caverneuse du rein révélée par hématurie*. Montpellier médical, 1909.

LAPIDUS (A.). — *La tub. rénale chez les sujets âgés*. Thèse de Paris, 1920.

LEGUEU. — *Discussion des rapp. sur tube rénal*. 1^{er} Congrès intern. d'urolog., 1908.

— *La vessie dans la tub. rénale*. Paris médical, n° 5
21-12 1910,

— *Des formes communes de la tub. rénale et des indices de la néphrectomie.* Ann. des mal. org. génit. urin. Paris, 1901.

— *Traité chirurgical d'urologie.* Paris 1921.

LEROY (V.). — *Etude du diag. précoce de la tub. rénale.* Thèse de Paris, 1911.

MARION. — *Forme des tub. rénales.* Journal des praticiens, 1910.

POISSON. — *De la cystoscopie dans la tub. urinaire.* Thèse Paris 1905.

PUECH. — *Contribution à l'étude du diag. précoce de la tub. rénale.* Montpellier, Thèse, 1911.

PONS. — *La tub. rénale à orme douloureuse.* Thèse Toulouse, 1923.

THEV-NOT. — *La vessie des néphrectomisés pour tube.* Rapp. au XXIV^e cong. fr. d'urol., 1924.

THILLIEZ (M.). — *La tub. urinaire chez l'homme âgé.* Thèse Lille, 1919.

VIVIER (M.). — *Recherche du bacille de Koch dans la tub. rénale.* Thèse Paris.

